

## Psychiatrie : saisissons nous de la loi de santé !

Marisol Touraine a ouvert une nouvelle étape de concertation avec les acteurs du soin sur son projet de loi de santé. Au printemps 2015 ce dernier entrera en phase de discussion parlementaire. Ce projet a fait l'objet, depuis sa présentation à la fin de l'été, d'une série de critiques venant de multiples horizons.

Mêlant mesures ponctuelles de santé publique ciblées sur la prévention, mises à jour réglementaires, et dispositions modifiant l'architecture et les principes de fonctionnement du système de soins, traitant en outre de santé mentale, ce texte a pris le risque d'être considéré comme une sorte de fourre-tout, voiture balai des mises à jour obligées de la loi « HPST ».

Les critiques qui lui sont adressées ne sont pas dérisoires. Ce projet de loi semble faire fi de quelques fondamentaux de l'exercice de la médecine. Généralisation du tiers payant, mesure emblématique et « marqueur » idéologique, potentiellement porteuse de dérives quant au rapport du patient avec son médecin, désignant de surcroît implicitement le médecin comme le nanti, et le patient comme étant en droit d'exiger la satisfaction de toutes ses demandes. Quadrillage de l'offre de soins par territoire, qui peut se transformer en pilotage tatillon par l'ARS, au plus près des professionnels du terrain privés de leur liberté de s'organiser comme ils le jugeraient pertinent.

On peut lire cette loi ainsi, et la Ministre doit apaiser ces inquiétudes.

Mais il y a une autre manière de lire ce texte, qui peut par exemple s'essayer sur l'une des dispositions qui font polémique : la mise en place, par territoire, d'un « service territorial de santé au Public » (art. 12), dans le cadre duquel une organisation des « parcours » serait validée par l'ARS. Validée ?, décidée ?, imposée ? Telle est en effet la question.

Restons réalistes : croit-on que, dans une Région, l'ARS aurait les moyens d'étudier les réalités locales, de définir les parcours, de les imposer aux acteurs, sur chacun des 30 ou 50 territoires de vie identifiés ? Evidemment non, et disons nous que, si cette disposition a le moindre sens, c'est en tant qu'elle inciterait les acteurs du terrain à se parler, s'entendre, s'organiser. Cette dynamique territoriale, ce pourrait n'être qu'un cadre invitant chacun à s'engager, et, *a contrario* de ce qui a été entendu, une reconnaissance de la place de chacun : hospitaliers publics et libéraux, acteurs du champ social et médico-social, usagers directs et aidants. Ce pourrait être une occasion de faire, - enfin - litière des frontières et des méconnaissances réciproques, de définir des réponses articulées, des « parcours », de la continuité...

Bien entendu, il est possible que rien ne se passe. Que les partenaires s'ignorent, ou perpétuent les concurrences, qu'ils multiplient les grains de sable. Mais les temps changent, et les évolutions générationnelles, les réalités de la démographie médicale, et les contraintes budgétaires induiront, *volens nolens*, les regroupements, les mutualisations, et les partages d'équipement.

Sur cet aspect, les craintes ont peut-être été exagérées : car, au fond, ou bien le service territorial de santé au public sera mis en place par les acteurs de terrain, et selon leurs vœux, ou bien il restera lettre morte. L'ARS ne sera jamais en mesure d'imposer un fonctionnement pré-formaté à chacun des territoires, différents dans leur périmètre, leur démographie, leur rapport à la santé, leurs réalités sociales, leur offre de soins... En disant cela, nous ne croyons pas forcément à la vertu, ni à la démission de la technocratie qui guette tous les systèmes centralisés, simplement au mur des réalités.

Quant à la santé mentale, il est logique qu'elle soit ici convoquée, comme première application de cette organisation, parce que son champ est paradigmatique des parcours qui dysfonctionnent, sans pouvoir être recouverts par l'autorégulation naturelle, généralement portée par les aidants, le système, ou le patient lui-même. Les personnes souffrant de troubles psychiatriques, pour beaucoup, ignorent l'empan de leur pathologie, et leur souffrance ne se traduit pas toujours par une plainte.

Ce parcours dont on parle maintenant pourrait tout aussi bien s'appeler « continuité du soin », telle que le secteur psychiatrique la promouvait naguère. Cette continuité s'exerçait dans le cadre du secteur, - souvent à l'exclusion de partenariats qui n'étaient même pas imaginés -, concevant son intervention comme relevant de ses seuls moyens.

Ce n'est pas ce qui est envisagé dans le projet de loi. Le secteur psychiatrique, dont l'intérêt est réaffirmé, ne constitue clairement qu'une partie du dispositif de santé mentale, et n'est investi que d'une mission limitée, sans que soit explicitement défini ce qui serait censé venir le compléter. Mais on peut déjà imaginer que seraient également et ainsi reconnues toutes les actions intersectorielles, transversales, portées par la psychiatrie publique, les lieux ressources, les interventions de santé publique dans la communauté, ainsi que les actions initiées par les psychiatres libéraux qui souhaiteraient s'y associer. Regrettons, en passant, que ce ne soit pas dit.

Qu'est-ce qui changerait ? L'article définissant le Service Territorial de Santé au Public prend soin de préciser que l'une de ses premières missions serait d'organiser les parcours de soins des personnes en situation de précarité sociale et présentant des pathologies chroniques sur le territoire, spécialement pour leur garantir accessibilité et continuité de la prise en charge, ainsi que celui des personnes en situation de handicap. Les personnes présentant des pathologies psychiatriques chroniques se retrouvent majoritairement dans cette catégorie de publics. Ainsi le secteur deviendrait un acteur

des soins, dispensateur d'interventions, garant de la proximité et de l'accès, mais la conduite générale de la politique, les priorités de réponses aux besoins, l'articulation avec les partenaires du secteur sanitaire, social, médico-social, le regard et l'intervention des usagers se déporteraient sous la responsabilité de ce STSP, piloté par un Conseil territorial, et dont l'organisation serait officialisée par l'ARS.

Encore une fois, est-il envisageable qu'une ARS puisse se donner les moyens de conduire la concertation, de suivre chaque Conseil territorial, d'examiner les éléments déterminants de l'organisation de chacun de ces STSP, d'en évaluer les résultats au regard des objectifs du PRS ?

N'est-il donc pas évident que, si l'ARS pourra venir en appui de ces démarches, elle ne sera jamais en mesure de se substituer aux acteurs de ces territoires ? N'est-il pas manifeste que ce travail ne pourra s'accomplir que dans la subsidiarité, que seuls le dialogue entre les professionnels et la démocratie sanitaire seront en mesure de porter, et d'en répondre devant les citoyens ?

Que comporte dès lors cette loi de santé comme dispositions si contraignantes qu'elle viendrait entraver le bon fonctionnement global de notre système de santé ? N'est-il pas temps de sortir de nos pré-carrés pour travailler ensemble, avec tous les professionnels, et les usagers, au plus près des besoins des bassins de vie, pour améliorer la qualité de la réponse globale du système de santé aux problèmes complexes qui lui sont aujourd'hui posés ?

Ne serait-il donc pas opportun de nous saisir de cette loi de santé ? Non pour prendre part au débat politique, ce n'est pas notre affaire, mais pour tirer parti des deux leviers qu'elle propose pour moderniser et rendre plus efficiente notre organisation : les notions de territoire et de parcours, qui émergent, loi ou pas, comme les vecteurs restructurants de notre système de santé.

Ne laissons pas la conduite de cette réflexion aux seuls « manageurs de santé ».

Dr Maurice Bensoussan, Dr Stéphane Bourcet, Pr Marie-Christine Hardy-Baylé, Dr Denis Leguay, Dr Alain Mercuel, Dr Norbert Skurnik

Membres du bureau du « Collectif pour une psychiatrie de progrès ».

<http://psychiatriedeprogres.over-blog.com/>